

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

POUR LE

N° 691

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre-André-Louis MOUCHET

Né le 21 août 1909, à St-Palais-sur-Mer (Charente-Inférieure).

**Sur les Thyroïdites aiguës
non suppurées**

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS

AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(N°. 10me d'Etat)

PAR

Pierre-André-Louis MOUCHET

Né le 21 août 1909, à St-Palais-sur-Mer (Charente-Inférieure).

Sur les Thyroïdites aiguës
non suppurées

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS
AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	OLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	CHIRAY.
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBÉ.
	{ LEREBoullet.
	{ NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ CUNEO.
Clinique des maladies du système nerveux	{ GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique chirurgicale	{ TERRIEN.
	{ MARION.
Clinique ophtalmologique	{ COUVELAIRE.
Clinique urologique	{ JEANNIN.
	{ LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	{ MOCQUOT.
	{ OMBREDANNE.
Clinique gynécologique	{ RATHERY.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	{ LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale	{ Pierre DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique	{ Maurice VILLARET.
Clinique thérapeutique chirurgicale	{ BEZANÇON.
Clinique propédeutique	{ MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose	{ LAUBRY.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	{ CROUZON.
Clinique cardiologie	{ HOVELACQUE.
Clinique d'Assistance médico-sociale	{ MULON.
	{ OLIVIER.
Professeurs sans chaire	{ VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON (Justin) Hydrologie.	GASTINEL Bactériologie.
BOULIN Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.	GAYET Physiologie.
CATHALA Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAGU'ENAU.... Pathologie médicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN ... Anatomie pathologique
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOL.. Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MÉNEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.

MM.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIER Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
LEROUX Anatomie pathologique.
PHILIBERT ... Bactériologie.
VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZÉLOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VAL-
LÉRY-RADOT.
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUÉNU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDoux-LEBARD
RUPPE
WEIL-HALLÉ

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

En remerciement de tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour faire de moi un médecin. Qu'il me soit permis de leur apporter ici l'hommage de mon affectueuse reconnaissance.

A MA FEMME

A TOUTE MA FAMILLE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de Clinique Médicale.

Membre de l'Académie de Médecine.

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX LEJARS
(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

MONSIEUR LE DOCTEUR A. COMTE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. BENSAUDE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BAUMGARTNER

MONSIEUR LE DOCTEUR H. GRENET

MONSIEUR LE DOCTEUR B. WEILL-HALLE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. HEITZ-BOYER

MONSIEUR LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. GOUGEROT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

A CEUX QUI ONT GUIDÉ MES PREMIERS PAS
DANS LA CARRIÈRE MÉDICALE
ET DONT L'EXEMPLE M'A FORMÉ :

MON COUSIN, LE DOCTEUR J. R. ROQUEBERT

Modèle de droiture et de conscience professionnelle.

MONSIEUR LE DOCTEUR P. D'HALLUIN (in memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LIPPMAN

MONSIEUR LE DOCTEUR P. TRONQUET

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT
..... des Médecins Français

MONSIEUR LE DOCTEUR R. GUEULETTE
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

MONSIEUR LE DOCTEUR L. GIET
Ancien Chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Antoine.

MONSIEUR LE DOCTEUR E. THEILLIER
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph.

INTRODUCTION

Dans le large domaine de la pathologie thyroïdienne, on peut distinguer, d'une manière toute schématique, et sans préjuger des rapports qui peuvent s'établir entre eux, trois grands groupes d'affections :

— les affections tumorales, goîtres de toutes catégories;

— les troubles de la fonction endocrine : hyperthyroïdie et hypothyroïdie;

— enfin les atteintes infectieuses de la glande thyroïde.

Ce dernier chapitre ne manque pas d'être lui-même très étendu. En effet, de très nombreux processus infectieux peuvent toucher la glande thyroïde comme les autres viscères. Cette atteinte peut être tantôt contingente, ne réalisant qu'un symptôme dans le tableau clinique, tantôt dominer celui-ci, tantôt être isolée et créer, tout au moins pendant quelque temps, tout le tableau clinique.

Dans ce vaste chapitre des atteintes infectieuses de la thyroïde, nous nous proposons de faire dans ce petit travail une étude d'ensemble des « thyroïdites aiguës non suppurées ».

Rappeler les notions qui s'y rattachent nous a semblé intéressant à plusieurs points de vue :

— ces thyroïdites aiguës non suppurées ne sont pas exceptionnelles en clinique courante et l'on doit savoir en faire le diagnostic.

— leur étiologie, dans un certain nombre de cas primitifs, n'est pas évidente et demande à être discutée;

— enfin, ces affections ne sont peut-être pas dépourvues de séquelles quant à la fonction endocrine de la thyroïde.

PLAN

Nous envisagerons successivement les chapitres suivants :

1° Le « signe thyroïdien » dans les maladies infectieuses;

2° Les thyroïdites proprement dites dans les maladies infectieuses;

3° Les thyroïdites aiguës primitives;

4° Les rapports entre les atteintes infectieuses de la thyroïde et les troubles de la fonction endocrine.

LE SIGNE THYROIDIEN DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Le rôle « antixénique », rôle de défense contre les infections, a été depuis longtemps reconnu à la glande thyroïde.

Ceci explique vraisemblablement le fait que toutes les maladies infectieuses sont susceptibles de provoquer une réaction au niveau de cette glande.

A la vérité, ces réactions semblent être presque toujours discrètes.

Les études déjà anciennes de ROGER et GARNIER, la thèse de GARNIER, se sont occupées de l'aspect *anatomique* de la question.

On trouve, au cours d'un grand nombre de maladies infectieuses, lorsque les circonstances permettent l'autopsie, au point de vue anatomique :

— infiltration leucocytaire discrète des travées conjonctives;

— prolifération légère de l'épithélium des vésicules;

— tendance à la résorption de la colloïde.

Cliniquement, ces réactions donnent le plus souvent lieu à des manifestations également très discrètes. Elles ont été étudiées surtout par VINCENT qui

a décrit le « signe thyroïdien » dans le rhumatisme articulaire aigu.

Ce « signe thyroïdien » peut être schématisé de la manière suivante :

— le corps thyroïde, normalement peu accessible, se tuméfie et devient palpable; cette tuméfaction est d'ailleurs le plus souvent unilatérale et se trouve surtout à droite;

— la palpation révèle une sensibilité nette, mais il n'y a qu'exceptionnellement une douleur spontanée.

En somme, il s'agit d'un symptôme discret, qui ne s'impose pas de lui-même à l'attention du clinicien et qui demande à être recherché.

Ce petit signe thyroïdien suit en règle générale le sort de la maladie causale, n'a pas d'évolution propre, et disparaît avec elle. Nous discuterons ultérieurement l'influence que cette atteinte fugace peut avoir sur l'avenir de la sécrétion thyroïdienne.

Nous avons dit au début de ce chapitre que le « signe thyroïdien » peut se voir au cours de toutes les maladies infectieuses. Il n'entre pas dans notre intention de les énumérer toutes. Nous signalerons simplement celles où l'atteinte est la plus fréquente, et celles où l'on rencontre quelques particularités.

— *Le rhumatisme articulaire aigu*, la maladie de BOUILLAUD, semble avoir un tropisme particulier pour le corps thyroïde, car VINCENT y a rencontré le signe thyroïdien dans 63 % des cas.

— Cette même atteinte semble également fréquente

dans ce qu'il est convenu d'appeler le « *pseudo rhumatisme infectieux* ».

A ce propos, nous signalerons une observation intéressante de SAINTON et RUDOLF :

OBSERVATION I

(SAINTON et RUDOLF). Résumé.

Il s'agit d'une malade qui présente une éruption typique de rubéole. Au 3^e jour, surviennent des manifestations articulaires généralisées. En même temps, on constate une augmentation du volume du cou, indolore, mais causant une gêne notable par le besoin incessant de déglutition et la salivation marquée.

A l'examen, le corps thyroïde se montra uniformément augmenté de volume et relativement peu douloureux.

Tous ces signes rétrocédèrent rapidement.

— Dans la *fièvre typhoïde* et dans la *rougeole*, VINCENT a signalé fréquemment le signe thyroïdien.

— Dans la *diphthérie*, l'atteinte anatomique serait fréquente, les manifestations cliniques exceptionnelles.

— La *grippe* touche assez fréquemment le corps thyroïde; nous y reviendrons d'ailleurs plus loin.

— Enfin, il nous reste à signaler les *affections à protozoaires*, qui ont une tendance assez nette à toucher le corps thyroïde.

Dans la *syphilis secondaire*, le signe thyroïdien serait assez fréquent, mais reste en général très discret. Il nous faut néanmoins signaler que MAURIAC a pu décrire un « goître syphilitique secondaire ».

Dans le *paludisme*, pendant la crise, on peut rencontrer une hypertrophie thyroïdienne passagère.

Enfin le schyzotrypanum CRUZI, agent de la maladie de CRUZ et CHAGAS du Brésil central, se localise fréquemment sur la thyroïde, en créant une tuméfaction importante. Il existe une forme myxœdémateuse de cette maladie.

LES THYROIDITES PROPREMENT DITES DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Dans le chapitre précédent, nous avons vu l'atteinte thyroïdienne légère survenant au cours des maladies infectieuses et créant le « signe thyroïdien ».

Si cette forme discrète est la plus fréquente, elle n'est cependant pas la seule manifestation thyroïdienne qui puisse se rencontrer dans ces circonstances.

On peut, en effet, voir dans toutes les maladies que nous avons signalées plus haut, une *thyroïdite aiguë* à grosse symptomatologie.

Nous n'insisterons pas sur cette symptomatologie : elle est constituée de l'accentuation des symptômes du signe thyroïdien et se rapproche des thyroïdites aiguës primitives que nous étudierons plus longuement au chapitre suivant.

Subjectivement, le malade connu et suivi pour une maladie infectieuse en évolution, se plaint d'une gêne à la partie antérieure du cou, s'accompagnant parfois d'une légère dyspnée, rarement d'une gêne de la déglutition.

Objectivement, on constate que le corps thyroïde est tuméfié, augmenté de volume dans sa totalité ou

seulement au niveau d'un lobe. Les téguments peuvent être, dans cette région, rouges et chauds. De toute manière, la palpation déclanche une douleur parfois très vive.

Le tout peut s'accompagner d'une recrudescence des signes généraux, notamment une poussée fébrile.

L'évolution de cette thyroïdite aiguë au cours des maladies infectieuses est variable :

— tantôt et le plus souvent, la résolution des symptômes inflammatoires est rapide;

— tantôt et plus rarement, l'évolution se fait vers la suppuration. Dans ce cas, les signes généraux ne cèdent pas; la peau, devenue rouge, adhère aux plans profonds, on trouve de la fluctuation. Il s'est constitué, en somme, un *abcès thyroïdien* qui demande une sanction chirurgicale.

Ces thyroïdites aiguës au cours des maladies infectieuses peuvent relever de plusieurs mécanismes :

— soit localisation sur le corps thyroïde du germe de la maladie infectieuse;

— soit infection secondaire;

— soit propagation d'une suppuration de voisinage (adéno-phlegmon du cou, abcès du tractus laryngo-trachéal, etc...).

Sans vouloir énumérer toutes les affections où une telle thyroïdite peut se rencontrer, nous signalerons quelques cas particuliers :

— la thyroïdite aiguë de la *maladie de Bouillaud*

ne suppure jamais, comme d'ailleurs la *thyroïdite paludéenne*;

— au cours de la *fièvre thyphoïde*, on rencontre assez fréquemment des formes suppurées;

— dans la *pneumonie*, il s'agit surtout d'abcès survenant à la convalescence;

— dans la *rougeole*, la suppuration thyroïdienne peut se rencontrer dans les formes compliquées de broncho-pneumonie ou de lésions buccales;

— la *scarlatine* enfin peut créer des abcès thyroïdiens à streptocoques.

LES THYROIDITES AIGUES PRIMITIVES

Les deux chapitres que nous venons d'examiner rapidement serviront d'introduction au chapitre des thyroïdites aiguës primitives, sur lesquelles nous nous proposons d'insister.

En effet :

— le signe thyroïdien constitue un symptôme sinon secondaire, tout au moins contingent au cours de la maladie causale;

— les thyroïdites aiguës survenant au cours d'une maladie infectieuse constituent certes des complications, mais dont l'intérêt clinique est relativement réduit du fait de leur apparition au cours d'une affection connue et diagnostiquée.

Par contre, les thyroïdites aiguës primitives non suppurées présentent un intérêt clinique assez remarquable :

— elles sont primitives cliniquement et elles dominent le tableau clinique;

— leur étiologie ne s'impose pas d'emblée et demande à être recherchée.

C'est l'impression que nous avons eue que cette affection était relativement peu connue, qui nous a incité à lui consacrer ce travail.

Avant de donner les caractères d'ensemble de ces thyroïdites aiguës primitives, et pour mieux fixer les idées, nous résumerons deux observations récemment publiées.

OBSERVATION II.

(STÉVENIN H., FRANCHET F., BALAZUC J.).

Une femme âgée de 46 ans, entre le 20-X-1935 à l'hôpital pour « mal de gorge ».

La maladie avait débuté 6 semaines auparavant par des frissons vespéraux, sensation de chaleur intense et fatigue, sans aucun autre symptôme survenant dans la journée.

Au bout de 20 jours environ apparut un signe nouveau : le « mal de gorge », sensation que la malade décrivait mal. Il s'agissait d'une gêne avec constriction pharyngée, sans dysphagie proprement dite et qui, fait remarquable, n'apparaissait que le soir en même temps que les frissons et la sensation de chaleur.

Un traitement banal calme pendant quelques jours les troubles, puis il se produit une reprise avec accentuation et apparition d'œdème transitoire de la région préthyroïdienne.

A l'entrée à l'hôpital, la région préthyroïdienne se montre tuméfiée, modérément saillante. La peau est de coloration et d'aspect normaux. A la palpation, on sent le corps thyroïde dans son ensemble. La consis-

tance est particulière : dure, résistante, elle donne la sensation d'un tissu fibreux. La malade affirme qu'avant le début de l'affection actuelle, elle n'avait jamais remarqué de tuméfaction ou de saillie dure au niveau de son cou. La palpation de ce corps thyroïde n'est que très légèrement douloureuse, sauf au lobe droit dont la sensibilité est assez nette.

La paroi postérieure du pharynx est légèrement rouge; un examen de spécialiste a montré l'intégrité de la muqueuse laryngée.

La malade n'accuse aucun autre trouble, et l'examen complet se montre entièrement négatif.

Dans les antécédents : hystérectomie pour fibrôme en 1930.

L'évolution fut particulière :

Alors que, pendant la journée, la malade se sentait relativement bien, le soir, elle présentait une des crises décrites plus haut : gêne dans la région pharyngo-laryngée, dyspnée, sensation de gonflement de la région thyroïdienne; en même temps, frissons, ascension de la température suivie de sueurs. Le maximum de ces troubles se produisait tantôt à 20 heures, tantôt à 24 heures. Ces poussées fébriles, que les auteurs qualifient de « pseudo-palustres », se sont élevées pendant les 5 premiers jours du séjour à l'hôpital, à 39° et même 39°6.

Ensuite, leur intensité a diminué progressivement. Parallèlement, l'induration du corps thyroïde a diminué, l'état général s'est amélioré et la malade a quitté l'hôpital après un séjour de trois semaines environ.

Pendant la convalescence, on put noter l'apparition de quelques douleurs articulaires.

Chez cette malade, plusieurs examens avaient été pratiqués :

— la radiographie thoracique a révélé l'existence derrière la partie supérieure du sternum et le débordant latéralement, d'une ombre arrondie, régulière, peu opaque aux rayons, que les auteurs ont interprétée comme l'image d'un goître endothoracique, ne s'étant jamais révélé par aucun symptôme clinique;

— l'hémoculture, le séro-diagnostic T. A. B., les réactions de WASSERMAN, HECHT et KAHN furent négatives.

— urée du sérum : 0,30;

— calcémie : 132 mmgr.;

— les numérations globulaires montrèrent :

le 30 oct. 1935 : 10.000 leucocytes avec 62 % de polynucléaires neutrophiles;

le 3 nov. 1935 : 8.400 leucocytes avec 70 % de polynucléaires neutrophiles.

OBSERVATION III.

(R. BENDA).

Le 11 août 1937, l'auteur est appelé en consultation auprès d'une malade de 46 ans pour un état fébrile ayant commencé assez brusquement et persistant depuis environ un mois.

Sur la courbe thermique, deux périodes s'inscrivent assez nettement : du 14 juillet au 3 août la fièvre, cantonnée entre 39° et 39°5, est irrégulière; à partir du 3 août, elle prend brusquement le type « pseudo-palustre », oscillant entre 36°8 le matin et 40° le soir.

L'examen général de la malade est négatif, et plusieurs recherches effectuées n'ont pas donné la clé de cet état infectieux.

Cependant, un trouble spécial attire l'attention : la malade accuse nettement, au moment de la poussée thermique quotidienne, une sensation de gonflement très pénible de la région thyroïdienne. Cette sensation, spontanément douloureuse, dure tant que la fièvre demeure à son point culminant; elle s'atténue et s'efface avec la chute de la température.

Pendant la première phase, cette douleur a été localisée uniquement au lobe gauche du corps thyroïde; elle a quitté celui-ci et s'est cantonnée au lobe droit au moment de l'apparition des grandes oscillations thermiques.

L'examen pratiqué au moment d'une poussée thermique montre : gonflement du lobe droit et de l'isthme du corps thyroïde, sensibilité à la palpation, témoignages d'aspect normal.

Un traitement salicylé entraîne la chute de la température dès le lendemain; le gonflement thyroïdien disparaît entièrement en quelques jours.

Trois mois après la guérison de cet épisode, l'examen général de la malade est négatif; la radiographie pulmonaire, le métabolisme basal, l'électrocar-

diogramme sont normaux; le sang de la malade agglutine le bacille d'Eberth à des taux insignifiants (1/20^e, 1/40^e).

Nous allons essayer de donner maintenant une description d'ensemble des thyroïdites aiguës primitives :

A. SYMPTOMATOLOGIE.

Le début de l'affection est, en général, assez brusque, marqué avant tout par de la fièvre. Celle-ci peut être plus ou moins intense, plus ou moins irrégulière, et ne prend à ce stade aucun type défini. Elle peut s'accompagner de quelques troubles de l'état général sans aucune spécificité.

La *période d'état* qui survient après une durée variable, est réalisée dès que des troubles particuliers attirent l'attention sur la région thyroïdienne.

Le premier signe que les malades accusent est une sensation de gonflement douloureux, de tension, survenant dans la région antérieure du cou. Ils se plaignent le plus souvent aussi d'une gêne localisée à l'intérieur du pharynx et qu'ils désignent souvent sous le terme vague de « mal de gorge ».

Nous avons trouvé la dysphagie signalée dans les observations de STARLINGER et RICHTER, dans celle de BULLOWA. Par contre, STEVENIN, FRANCHEL et BALAZUC d'une part, BOHAN de l'autre, la considèrent comme absente le plus souvent. De toute façon, la dysphagie, si elle existe semble être discrète et ne jamais dominer le tableau clinique.

La dyspnée existe souvent; elle reste cependant peu marquée, elle est ou semble surtout en rapport avec des quintes de toux qui sont parfois assez intenses et peuvent durer plusieurs minutes (BOHAN).

La dysphonie est signalée par BULLOWA, STARLINGER et RICHTER. Ces deux derniers auteurs ont pu même constater la paresse et la congestion des cordes vocales.

Mais, fait remarquable qui est signalé surtout dans les thyroïdites n'ayant pas évolué vers la suppuration, ces symptômes ne sont pas permanents. Ils surviennent par poussées quotidiennes. Ces poussées, presque toujours vespérales, s'accompagnent d'un clocher fébrile, parfois de frissons, et sont suivies de sueurs. L'acmé dure une à deux heures, puis tout rentre dans l'ordre. Il s'agit, en somme, d'une évolution « pseudo-palustre » (STEVENIN, FRANCEL et BALAZUC). Lorsqu'on examine le malade en dehors de la crise, on peut ne pas avoir l'attention attirée vers le corps thyroïde et le diagnostic peut ne pas être fait (BENDA).

A l'examen de ces sujets, on constate presque toujours une augmentation du volume du cou, assez diffuse, tendant à effacer les saillies et méplats normaux.

La peau est d'aspect normal, les tissus préthyroïdiens sont oedématiés. A la palpation, on sent très facilement le corps thyroïde : il est augmenté de volume, de consistance dure, fibreuse, parfois ligneuse. La tuméfaction domine le plus souvent sur un des lobes, ou elle les touche successivement. Cette palpation déclanche une douleur plus ou moins intense.

Dans la plupart des observations que nous avons pu consulter, l'examen général des malades se montrait négatif, et l'état général était relativement bien conservé, tout au moins dans les cas où l'évolution n'était pas trop prolongée.

Dans la plupart des observations, on trouve que :

— l'hémoculture restait négative.

— qu'il y avait hyperleucocytose sanguine (entre 10.000 et 17.000) avec polynucléose neutrophile.

Notons dès maintenant, et nous y reviendrons plus loin, qu'il ne semble y avoir à la phase aiguë de ces thyroïdites aucun symptôme de trouble des fonctions endocrines de la glande; signalons notamment que le métabolisme basal reste le plus souvent normal.

B. EVOLUTION.

La durée de la période d'état des thyroïdites aiguës primitives est très variable : elle peut s'étendre de quelques jours à plusieurs semaines et parfois même à deux ou trois mois.

Dès lors, l'évolution peut se faire dans deux sens variables :

— tantôt vers la *suppuration*. Les signes locaux tendent à augmenter : le corps thyroïde perd de sa dureté et devient très douloureux; il adhère à la peau qui devient rouge. La température persiste élevée et prend le type des fièvres de suppuration; la leucocytose sanguine avec polynucléose neutrophile augmente. Cette

évolution doit être attentivement suivie. En effet, l'abcès thyroïdien une fois formé doit le plus souvent être traité chirurgicalement. Si on le laisse s'ouvrir spontanément, cette ouverture ne se fait presque jamais à la peau, mais vers la trachée ou les espaces cellulaires du cou, pouvant ainsi créer des complications extrêmement graves.

— tantôt, et nous nous empressons de dire que c'est le cas le plus fréquent dans les thyroïdites aiguës vraiment primitives, l'affection guérit progressivement sans suppurer. Les signes locaux et les signes généraux diminuent et finissent par disparaître.

Nous discuterons plus loin la possibilité de séquelles. Rappelons que les rechutes et les récidives peuvent se voir.

C. FORMES CLINIQUES.

Nous serons brefs sur les différents aspects cliniques que peuvent revêtir les thyroïdites aiguës primitives.

1° Nous avons pris comme type la *forme évoluant par poussées*.

2° Il existe des *formes continues*, où la fièvre est plus ou moins en plateau; elles semblent être d'évolution plus courte que les précédentes.

3° A côté de la forme habituelle où la consistance du corps thyroïde est ferme, il existe des *thyroïdites ligneuses*, où cette consistance devient extrêmement dure. En raison de l'aspect un peu particulier de cette

forme, nous allons résumer une observation de BOHAN.

OBSERVATION IV

(P. T. BOHAN).

Une femme âgée de 38 ans, sans aucun antécédent notable personnel ou familial, est admise pour toux, dyspnée, nervosité, amaigrissement, durant depuis 4 mois.

Depuis deux mois, la température est entre 99° et 100°5 F. (37°2 et 38° environ).

La malade présente des crises de toux avec suffocation, durant 10-20 minutes et survenant toutes les six ou huit heures. Il n'y a pas de dysphagie.

A l'examen, on constate des deux côtés une augmentation et une induration des tissus du cou dans la région thyroïdienne. La trachée est déviée à gauche et comprimée. Le métabolisme basal est à + 26 %.

Le diagnostic se posait entre cancer thyroïdien et thyroïdite aiguë prolongée.

Mais malgré un traitement par les rayons X et par l'iode, au bout de 12 jours, survinrent des crises de suffocation obligeant à l'intervention chirurgicale.

On trouva une masse ligueuse enserrant la trachée. A l'examen histologique, était le tissu thyroïdien entouré par une grosse réaction inflammatoire chronique, sans aucun signe permettant de suspecter la tuberculose, la syphilis ou une dégénérescence cancéreuse.

Signalons que chez cette malade onze dents présentaient une infection apicale. Trois dents abcédées furent extraites : la culture montra des streptocoques et des staphylocoques.

Ainsi on voit que la thyroïdite ligneuse présente comme particularité :

- l'évolution prolongée,
- l'importance des troubles fonctionnels forçant parfois la main à une intervention chirurgicale.

D. DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des thyroïdites aiguës primitives ne peut évidemment être envisagé que lorsqu'il existe des signes locaux.

Dans certains cas et au début de son évolution, la thyroïde aiguë peut revêtir *l'allure d'une affection purement fébrile*. Ainsi, dans l'observation de STEVENIN, FRANCHET et BALAZUC, les signes locaux ne firent leur apparition qu'au 20^e jour de la maladie. Pendant cette période, il est certain que le diagnostic ne peut être fait; il est même exceptionnel qu'on l'envisage, vu la rareté relative de l'affection.

Une fois les symptômes locaux installés, ce diagnostic devient relativement facile :

- ce n'est que dans des cas très rares qu'on pourrait discuter une affection cervicale extrathyroïdienne, notamment une *adénopathie*.

— l'atteinte thyroïdienne reconnue, il faut éliminer les *congestions* de cette glande, dues à l'afflux sanguin sous des influences mécaniques et surtout vaso-motrices.

Comme exemple de ces congestions, on peut signaler celles survenant :

— à l'effort;

— pendant la menstruation, la grossesse ou l'allaitement.

Il est, en règle générale, facile de les éliminer, car ce sont des troubles transitoires, ne comportant ni douleurs, ni fièvre, ni atteinte de l'état général. Néanmoins, lorsque ces congestions surviennent sur un goître préexistant, il peut être difficile de les distinguer d'une complication infectieuse. Dans ce cas, le diagnostic sera fait par l'évolution.

— Nous avons signalé plus haut, à propos de l'observation de BOHAN, un cas un peu particulier : celui des thyroïdites ligneuses. Leur consistance particulière, leur évolution subaiguë, les troubles fonctionnels qu'elles provoquent, posent des problèmes difficiles, dont deux nous semblent les plus importants :

— une poussée sur une thyroïdite chronique syphilitique;

— le cancer thyroïdien.

Le diagnostic doit être discuté en se basant sur :

— les antécédents;

— l'évolution avec fièvre et hyperleucocytose faisant penser plutôt à la thyroïdite aiguë;

— la dysphagie qui, selon BOHAN, serait constante dans le cancer, plus rare dans la thyroïdite.

Mais il faut bien dire que souvent le diagnostic peut être impossible cliniquement : il ne sera fait que par l'examen anatomique des pièces, lorsque l'intervention sera devenue nécessaire.

E. ETIOLOGIE.

La recherche de la cause est un des points capitaux de l'histoire clinique des thyroïdites aiguës primitives.

Il existe, au point de vue étiologique, des facteurs prédisposants et des facteurs déterminants.

1° Facteurs prédisposants.

— Comme toutes les affections de la glande thyroïde, les thyroïdites aiguës sont beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

Ainsi, sur les observations que nous avons pu consulter, nous trouvons :

	Nombre de cas	Hommes	Femmes
STARLINGER et RICHTER	46	16	30
STEVENIN, FRANCHET et BALAZUC	4	—	4
BOHAN	1	—	1
BULLOWA	1	1	—
BENDA	1	—	1
SAINTON et RUDOLF ...	1	—	1
total	54	17 (31,5 %)	37 (68,5 %)

— En second lieu, les thyroïdites aiguës sont surtout fréquentes dans les régions dites « à goîtres », c'est-à-dire dans les régions où les affections thyroïdiennes tumorales sévissent à l'état endémique.

Ceci pose la question des « thyroïdites », infections survenant sur une glande apparemment saine, et des « strumites », infections survenant sur un goître.

Selon les auteurs, les opinions varient à ce point de vue :

— les uns distinguent nettement les thyroïdites des strumites;

— les autres considèrent qu'il est plus logique d'englober dans un même chapitre les infections thyroïdiennes aiguës, qu'elles surviennent sur une glande antérieurement saine ou non.

En faveur de cette deuxième conception, plusieurs arguments sont à retenir :

— Dans les régions à goîtres endémiques, les thyroïdites aiguës se rencontrent aussi bien chez les sujets porteurs de goître que chez ceux dont le corps thyroïde est apparemment indemne. Ceci permet de penser que chez cette seconde catégorie de malades, il existait peut-être, dans le corps thyroïde, des éléments adénomateux créant un point d'appel à l'infection.

Particulièrement suggestive à ce point de vue nous semble l'observation de STEVENIN, FRANCHET, BALAZUC : le corps thyroïde de la malade semblait indemne; cependant, elle était porteuse d'un goître intra-thora-

cique. Il est vraisemblable que des éléments pathologiques existaient également dans la glande cervicale.

Néanmoins, il existe des observations de thyroïdite aiguë survenant sur une glande saine, et où aucun commémoratif, aucun signe, ne permettait de penser à l'existence d'une adénomatose antérieure.

Il nous semble que l'on peut conclure de ces dernières qu'il est relativement artificiel de vouloir distinguer d'une façon absolue les thyroïdites des strumites. De plus si des éléments adénomateux peuvent créer un point d'appel à l'infection de la thyroïde, ils ne sont cependant pas indispensables.

2° Facteurs déterminants.

Devant une thyroïdite aiguë primitive, il est évident que les recherches étiologiques doivent se diriger vers les différentes maladies infectieuses capables d'être à leur origine.

Nous ne ferions que nous répéter en énumérant toutes ces affections. Nous résumerons comment, d'une manière générale, doit être conduite l'enquête étiologique.

Il faut avant tout s'inquiéter des troubles pathologiques qui auraient pu exister avant le début de la thyroïdite ou à sa période prodromique (angine, éruption); troubles qu'il faut d'ailleurs rechercher en examinant complètement le malade.

L'épidémiologie peut parfois mettre sur la voie d'un diagnostic étiologique (contagion de scarlatine, rubéole, etc...).

Enfin, il est nécessaire, devant toute thyroïdite aiguë en apparence primitive, de faire :

- une hémoculture;
- le séro-diagnostic pour les bacilles d'Eberth et les bacilles para-typhiques.

Cependant, la lecture des observations de la littérature montre d'une manière évidente que, dans les cas de thyroïdite aiguë, ces différentes recherches restent presque toujours négatives. Ce qui revient à dire que des affections comme la fièvre typhoïde, la scarlatine, etc., ne créent presque jamais une thyroïdite primitive.

En réalité, il semble que deux affections englobent la presque totalité des thyroïdites aiguës primitives :

- la grippe,
- la maladie de BOULLAUD.

LES THYROÏDITES AIGUES GRIPPALES sont depuis longtemps connues : il semble que le premier cas rapporté l'ait été par GAUCHER en 1889. Leur diagnostic étiologique doit se baser sur :

- la notion d'épidémie;
- la coexistence ou l'alternance de rhino-pharyngite ou de phénomènes pulmonaires à type grippal.

Au point de vue bactériologique, ces thyroïdites épousent les incertitudes de nature de la grippe elle-même. Elles évoluent assez souvent vers la suppuration.

LA MALADIE DE BOULLAUD semble responsable d'un certain nombre de thyroïdites aiguës primitives. Il est évident que le diagnostic sera hautement facilité par la coexistence :

- soit de douleurs articulaires,
- soit d'une atteinte cardiaque.

Cependant, il faut remarquer avec E. SERGENT que l'intensité de l'atteinte thyroïdienne semble inversement proportionnelle à l'intensité des troubles articulaires. C'est dire que ceux-ci sont, en règle générale, minimes dans les thyroïdites aiguës nettes.

Ils peuvent, de plus, ne survenir qu'à la convalescence (observation de STEVENIN, FRANCHET, BALAZUC) ou même tardivement après la guérison (dix semaines dans l'observation d'AUSSET).

Lorsque cependant la thyroïdite est absolument isolée, peut-on faire le diagnostic de son origine rhumatismale ? R. BENDA le pense, et donne les arguments suivants en faveur de cette origine :

- la négativité de toutes les recherches tendant à mettre en évidence une autre maladie infectieuse;
- les caractères de la thyroïdite : évolution par poussées, aucune tendance à la suppuration, pas de troubles de la sécrétion thyroïdienne;
- enfin, malgré les réserves d'usage, l'action thérapeutique du salicylate de soude.

A côté de ces thyroïdites aiguës de cause générale, il nous faut signaler la possibilité de thyroïdites de CAUSE LOCALE OU PARA-LOCALE.

Il est évident que tous les processus infectieux ou suppurés du cou (adénopathie, œsophagite, etc.) peuvent se propager à la loge thyroïdienne et au corps thyroïde lui-même. L'intérêt clinique de ces formes est relativement réduit.

Cependant, des lésions plus éloignées et dont il ne faut pas oublier le rôle possible, sont parfois en cause. Ainsi, nous avons donné plus haut le résumé de l'observation de BOHAN, où une thyroïdite ligneuse fut attribuée à une infection dentaire importante.

Toutes ces causes passées en revue, il arrive qu'aucune étiquette étiologique précise ne puisse être mise sur la thyroïdite aiguë. Dans ce cas, une surveillance prolongée du malade s'avère indispensable.

F. TRAITEMENT.

Nous serons brefs sur le traitement des thyroïdites aiguës, car, d'après la littérature que nous avons pu consulter, il s'avère relativement simple.

Nous éliminerons d'emblée *le traitement de l'affection causale* : lorsque celle-ci aura pu être mise en évidence, elle sera traitée d'après ses indications propres sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

Quant à la thyroïdite elle-même, le *traitement médical* est local et général.

Localement, les compresses humides chaudes rendent des services importants, en atténuant les troubles aussi bien subjectifs qu'objectifs.

Au point de vue général, qu'il s'agisse d'une thyroïdite ne faisant pas sa preuve, ou à fortiori d'une thyroïdite rhumatismale, le salicylate de soude per os et même en injections intraveineuses est indiqué. Il donnera parfois une défervescence immédiate comme dans l'observation de R. BENDA.

D'autres fois, son action est plus lente. Mais plusieurs auteurs pensent que lorsque la thyroïdite ne fait pas sa preuve, la médication salicylée doit être prolongée, comme pour une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Signalons enfin que, vu l'absence de troubles de la fonction endocrine, tout au moins pendant la phase aiguë, la médication iodée ne semble pas logique. Elle est d'ailleurs parfois mal supportée (STEVENIN, FRANCHET et BALAZUC).

Le problème du *traitement chirurgical* ne se pose que dans des conditions particulières.

Les indications sont les suivantes :

— la suppuration, au décours de laquelle il ne faut pas attendre l'ouverture spontanée, comme nous l'avons déjà signalé plus haut;

— les crises de suffocation extrêmement intenses, s'apparentant à ce qu'on a décrit sous le nom « d'asthme goîtreux ».

Dans ces cas, l'intervention peut être de plusieurs types : soit uniquement section des muscles sous-hyoïdiens avec incision de la capsule du corps thyroïde; soit même thyroïdectomie subtotale lorsqu'une thyroïdite ligneuse comprime la trachée.

RAPPORTS ENTRE LES THYROIDITES AIGUES ET LES TROUBLES DE LA FONCTION ENDOCRINE

Le problème des séquelles fonctionnelles des thyroïdites aiguës est de première importance. En effet, il s'agit de savoir si cette affection, apparemment bénigne, laisse ou non après elle des troubles permanents de la fonction endocrine thyroïdienne.

La question semble facile à résoudre en ce qui concerne la *phase aiguë* de la thyroïdite. Pendant celle-ci, on ne rencontre pas (ils seraient d'ailleurs difficiles à mettre en évidence) de troubles de la série thyroïdienne et les auteurs qui ont pu pratiquer le métabolisme basal à cette période l'ont trouvé normal.

Il serait plus logique de penser que des troubles puissent apparaître ultérieurement à titre de *séquelles*.

Qu'il nous soit permis de citer à ce propos ce qu'écrivent STÉVENIN, FRANCHET et BALAZUC :

« Certes, quelques vésicules thyroïdiennes seront
« touchées, et ultérieurement encerclées et détruites
« par le tissu de sclérose; mais, d'une part, ce pro-
« cessus semble habituellement très limité; d'autre
« part, il peut se produire des hypertrophies com-

« pensatrices. C'est dire que les poussées de thyroï-
« dite doivent se répéter pendant des années pour
« pouvoir créer un syndrome d'insuffisance thyroï-
« dienne cliniquement appréciable ».

L'opinion de ces auteurs nous semble corroborée par les faits apportés par STARLINGER et RICHTER.

Éliminons immédiatement les cas d'*hyperthyroïdie*. STARLINGER et RICHTER en rapportent un seul cas où un goître avait subi une strumite suppurée unilatérale qui avait été opérée. Neuf ans plus tard, le goître avait grossi du côté non opéré et le métabolisme basal était à + 36 %. Il semble dans ce cas impossible d'attribuer cette hyperthyroïdie, d'ailleurs légère, à l'inflammation survenue sur le goître.

Par contre, ces auteurs rapportent trois cas où le métabolisme basal était à —17 %, —21 %, —23 %.

Il s'agissait dans le premier cas d'une suppuration d'un goître colloïde; dans le second, d'une thyroïdite suppurée; dans le troisième, d'une strumité aiguë non suppurée d'un goître colloïde.

On peut noter immédiatement :

— que ces malades avaient été soignés plusieurs années auparavant;

— que l'hypothyroïdie restait, dans tous les cas, légère;

— qu'il ne s'agissait dans aucun de ces cas de la thyroïdite aiguë non suppurée, telle que nous l'avons définie plus haut.

Les autres examens cliniques et métaboliques de ces auteurs ont toujours montré la fonction thyroïdienne intacte.

CONCLUSIONS

1° Les inflammations aiguës du corps thyroïde, à tous les degrés, ne sont pas exceptionnelles en clinique.

2° Le « *signe thyroïdien* » de VINCENT peut se rencontrer dans toutes les maladies infectieuses; il reste habituellement discret.

3° La *thyroïdite proprement dite au cours des maladies infectieuses* constitue un degré de plus. Elle peut être très intense et aboutir à la suppuration.

4° Les *thyroïdites aiguës primitives* réalisent une affection cliniquement indépendante :

— au point de vue général, elles se manifestent par un syndrome infectieux, souvent à allure pseudo-palustre;

— les signes locaux permettent le diagnostic;

— au point de vue étiologique, elles dominent chez la femme et se rencontrent surtout dans les régions « à goîtres ». La distinction absolue entre « *thyroïdites* » et « *strumites* » semble peu logique.

La recherche de leur cause doit faire passer en re-

vue la plupart des maladies infectieuses. Dans les cas réellement primitifs, il s'agit surtout :

- soit de thyroïdites grippales,
 - soit de thyroïdites rhumatismales.
- Ces dernières ne suppurent jamais.

5° Les thyroïdites aiguës n'affectent pas les fonctions endocrines de la glande. Ce n'est que dans des cas exceptionnels de formes récidivantes qu'elles peuvent créer une insuffisance thyroïdienne légère.

Vu : Le Président de la Thèse,

LOEPER,

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT (E.). — Article « thyroïdites et strumites », in *Traité de Médecine* de ROGER, WIDAL, TEISSIER.
- AUSSET (E.). — La participation du corps thyroïde au cours du rhumatisme articulaire aigu. *Société de Pédiatrie*, 16 avril 1907.
- BENDA (R.). — Un cas de thyroïdite infectieuse aiguë vraisemblablement rhumatismale. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 26 nov. 1937.
- BOHAN (P. T.). — A case of ligneous thyroïditis associated with high-grade dental infection. *The Méd. Clin. Worth America*, 1924, p. 1069.
- BULLOWA (J. G. M.). — Case of acute thyroïditis. *The Méd. Clin. Worth America*, 1922, p. 1125.
- COUDRAY. — De l'influence des maladies infectieuses sur la thyroïde. *Thèse Montpellier*, 1908-1909.
- FONTANIER. — Thyroïdite aiguë grippale. *Thèse Paris*, 1910.
- GALLIARD. — Thyroïdite grippale terminée par résolution. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 21 juin 1895.
- GARNIER (M.). — *Thèse de Paris*, 1899.
- HOCHÉ. — Über Entzündungen der normalen und kropfig veränderten Schilddrüse. *Bruns' Beiträge Klin. Chirurgie*, 14 juin 1933.

- LEREBoullet. — Thyroïdite aiguë et tuberculose. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 11 décembre 1908.
- ROGER et GARNIER. — L'infection thyroïdienne expérimentale. *Soc. de Biol.*, 12 oct. 1898.
- ROGER et GARNIER. — La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. *Presse Médicale*, 19 avril 1899.
- SAINTON et RUDOLF. — Thyroïdite et strumite rubéoliques. *Progrès Médical*, 17 décembre 1932.
- STARLINGER (F.) et RICHTER (W.). — Thyreoiditis und Strumitis. *Wiener Klin. Wochen.*, 1933, p. 678.
- STÉVENIN (H.), FRANCEL (F.) et BALAZUC (J.). — Thyroïdites aiguës non suppurées. *Le Phare Médical de Paris*, Février 1937.
- TORRI. — La tiroide nei morbi infettivi. *Il Policlinico*, 15 mars, 15 avril, 15 mai 1900.
- VINCENT. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1906-1907-1908.

